医　師　連　絡　票

　　　　　　　　　様

病児保育の利用について、下記の点について連絡します。

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お子さんの名前 | 　　　　　　　　様 | 医師名 |  |
| 下記の病名・病状番号に○をおつけください |
| 1. 感冒・感冒様症候群
2. 喉頭炎
3. 肩桃腺炎
4. 気管支炎
5. 喘息・喘息性気管支炎
6. 消化不良症
7. 感冒性嘔吐症
8. 自家中毒症
9. 中耳炎・外耳炎
10. 結膜炎（流角結を含む）
 | 1. 膿痂疹
2. 突発性発疹症
3. 手足口症
4. 伝染性紅班（りんご病）
5. 流行性耳下腺炎
6. 麻疹
7. 水痘
8. 百日咳
9. 風疹

26　その他（　　　　　) | （病名不明のとき）1. 発　熱
2. 下　痢
3. 嘔　吐
4. 咳　嗽
5. 喘　鳴
6. 発　疹
 |
| 27　インフルエンザ |
| 病状（○印） | １　急性期(発熱等)　　　　　　２回復期(下熱・微熱等) |
| 安　静　度○　印 | １　ベッド上安静　　　　　　　２　隔離室で隔離３　室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）４　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） |
| 食事（昼食）○　印 | ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食 |
| 下痢食・普通食 |
| 処方内容 |  |  |
| 次回診察予定日　　月　　日（　　） |
| 備　　考 | 翌日も病児保育が　１　必要　２　こども園等に復帰（○印） |